

個人服務計畫簽名頁
INDIVIDUAL SERVICE PLAN SIGNATURE PAGE

個人服務計畫第4部份：簽名頁第2頁

姓名	發展殘障處個案號碼
----	-----------

服務計畫同意書

本人已審閱個人服務計畫並同意第 3 部份中所述的目標和服務項目。這項服務計畫並不能保證您一定能獲得華盛頓州行政法規 WAC 388-825-050 中所規定的服務。

沒有本人的事先同意及簽名，不得增添新的目標。

當事人簽名	日期
代表簽名	日期
個案/資源管理員簽名	日期

您的申訴權

從您收到此通知書之日起，您有九十(90)天時間請求舉行一次行政聽證會，對此項裁定提出申訴。

您目前獲得發展殘障服務處提供的付費服務，並想在您申訴期間繼續獲得此項服務。您必須於 _____ 之前提出舉行行政聽證會的請求。

- 如果您選擇繼續獲得此項付費服務，但依據最終裁定本部之原有決定得到維持，則您可能需負責償還最多60天的付費服務費用。
- 如果您不想繼續獲得付費服務，請聯絡：

電話號碼是 _____

_____ 個案/資源管理員

_____ 電話號碼

您有以下權利：

1. 請他人代表您出席聽證會（您可能資格獲得免費法律幫助）；
2. 請求得到一份副本，包括您的檔案副本和發展殘障服務處為作出此項決定而審閱的所有資料之副本；
3. 提交證據文件；
4. 在聽證會上作證，並請證人出席為您作證；並且
5. 盤問為本部作證的證人。

隨附一份行政聽證會申請書。

問題

如果您對本項決定或申訴程序有不明白的問題，請聯絡：

姓名	姓名	姓名
----	----	----



個人服務計畫
簽名頁
聽證會請求書

依據社會福利服務部聽證條例第388-02章之規定。

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

請寄往: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

傳真: 360-586-6563

本人提出舉行聽證會之請求，理由是我不同意發展殘障服務處 (DDD) 就服務或服務提供者所作的以下決定。

您的姓名 (請工整填寫)	出生日期
提出聽證請求者的地址	當事人的身份識別號碼
城市 州 郵遞區號	電話號碼 (請包括區域號碼) <input type="checkbox"/> 留言電話

本人於: _____ 收到由 _____ 寄來的決定通知。
日期 社會福利服務部辦事處的名稱與地點

若符合資格，本人願意繼續獲得幫助: 是 否 計畫名稱: _____

本人的代表是 (若您將親自出席，請不要填寫以下兩行內容):

您的代表之姓名	組織機構	電話號碼
地址 街道	城市	州 郵遞區號

本人授權將相關我的聽證資訊透露給我的代表。

您的簽名	日期
------	----

您是否需要口譯人員或者其他幫助或便利條件，以便您參加聽證會? 是 否

若需要，請問是哪種語言或哪些幫助? _____

行政聽證法官(ALJ)也許會採用電話方式進行某些聽證。若您希望改為由申請者親自參加的聽證會，請按照行政聽證處即將郵寄給您的聽證會通知函中的說明辦理。